

Einsender/in

verantwortliche/r Ärztin/Arzt (Stempel):

Patient/in

weiblich  männlich

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Straße

Postleitzahl

Ort

Kostenträger/in

gesetzlich versichert (Überweisungsschein Muster 10)  privat versichert  Rechnung an Klinik  Selbstzahler/in (IGeL)

Indikation

Die Indikationsstellung und die Voruntersuchungen sind Grundlage für die molekulargenetische Untersuchung. Bitte beachten Sie unbedingt die Rückseite!

Aufklärung über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft der genetischen Untersuchung

Über Wesen, Bedeutung und Tragweite der genetischen Untersuchung (ggf. in einem externen Speziallabor)

wurde ich hinreichend informiert und aufgeklärt.

- Die gewonnene Probe wird grundsätzlich nach Abschluss der Diagnostik vernichtet (Gendiagnostikgesetz §13).
- Die Ergebnisse sollen über die 10-Jahresfrist hinaus aufbewahrt werden.
- Bei Bedarf dürfen diese Ergebnisse meiner Untersuchung für die Beratung und Untersuchung meiner Verwandten genutzt werden.

Frau/Herr Dr.

hat meine Fragen ausführlich beantwortet, ich habe keine weiteren Fragen.

Über die Ergebnisse sollen folgende Personen einen schriftlichen Befund erhalten:

ich selbst  Ja  Nein

behandelnde Ärzte:

Einwilligung der Patientin/des Patienten

Ich hatte nach der Aufklärung eine angemessene Bedenkzeit.

Ich willige in die oben genannten Untersuchungen ein.  Ja  Nein

Über den Umfang der genetischen Untersuchung bin ich unterrichtet und stimme zu.

Bei genetischen Untersuchungen (z.B. Exom) können Merkmale gefunden werden, die nicht mit der ursprünglichen Fragestellung verbunden sind, aber für Prophylaxe oder Therapie relevant sein können. Solche Zusatzbefunde sollen mitgeteilt werden.  Ja  Nein

Aufbewahrung des Materials für die Qualitätssicherung bzw. für neue Diagnosemöglichkeiten  Ja  Nein

Bei unauffälligen Befunden verzichte ich auf eine erneute genetische Beratung.  Ja  Nein

Für Auswertungen und wissenschaftliche Veröffentlichungen können Material und Ergebnisse in anonymer Form genutzt werden.  Ja  Nein

Ich habe das Recht diese Einwilligung jederzeit zu widerrufen. Ich habe keine weiteren Fragen.  Ja  Nein

Ich verzichte auf eine Kopie dieser Einwilligungserklärung.  Ja  Nein

Datum	Unterschrift der Patientin/des Patienten/des gesetzlichen Vertreters	Unterschrift verantwortliche/r Ärztin/Arzt
	X	X



**Eurofins Humangenetik und Pränatal-Medizin MVZ GmbH**  
 Priv.-Doz. Dr. med. Moneef Shoukier  
 Dr. med. Cornelia Daumer-Haas  
 Daniela Liebrecht  
 Dr. med. Katja Gahle  
 Dr. med. Franziska Reschke  
 Prof. Dr. med. Barbara Schiessl  
 Dr. med. Anne Janke  
 Dr. med. Anna Funk  
 Dr. med. Daniela Bayer  
 PD Dr. med. Julia Jückstock  
 praenatalmedizin@ctde.eurofinseu.com  
 www.eurofins-clinical.de/humangenetik  
 www.eurofins-clinical.de/pranatal-medizin

**Friends Tower I**  
 Friedenheimer Brücke 19  
 80639 München  
 Humangenetik und  
 Pränatal-Medizin  
 T: +49 89 130744-0  
 F: +49 89 130744-99

**Aiblingerstraße 8**  
 80639 München  
 Humangenetik und  
 Pränatal-Medizin

**Lochhamer Straße 15**  
 82152 Planegg  
 NIPT T: +49 89 23237356-550 / F: -90  
 Molekulare Genetik T: +49 89 130744-22  
 Zytogenetik T: +49 89 130744-55  
**Probeneinsendung**

**Humangenetik in Augsburg**  
 Viktoriastraße 3b  
 86150 Augsburg  
 T: +49 821 7898-5042  
 F: +49 821 7898-5001  
 humangenetik-in-augsburg@  
 ctde.eurofinseu.com

Geschäftsführer: Dr. Florian Vogel, Roel de Nobel (Sprecher der Geschäftsführung), HRB 253626, Amtsgericht München  
 \* Die Akkreditierung bezieht sich auf die Standorte München und Planegg

**Auftrag zur molekulargenetischen Untersuchung**  
 der HNPCC-Gene MLH1, MSH2, MSH6, PMS2  
 V. a. erblicher Darmkrebs ohne Polyposis (HNPCC)

Patient/in  weiblich  männlich

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

**Verwandtschaftsverhältnis:**

Indexpatient/in:

Verwandte/r von:

Verwandtschaftsverhältnis:

Ethnische Herkunft:

Geschlecht:  weiblich  männlich

**Art der Probe:**

EDTA-Blut Datum der Blutentnahme:

**Wer ist erkrankt?**

- Der o. g. Patient (w/m) ist selbst an Darmkrebs oder einem HNPCC-assoziierten Karzinom erkrankt.
- Der o. g. Patient (w/m) ist selbst gesund, aufgrund einer auffälligen Familienanamnese besteht jedoch ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung von Darmkrebs oder eines Tumors aus dem HNPCC-Spektrum im Verlauf.

Für die direkte Analyse der HNPCC-Gene gilt die Qualitätssicherungsvereinbarung Molekulargenetik nach § 135 Abs. 2 SGB V (seit dem 1. 7. 2015, für gesetzlich versicherte Patienten). Die genetische Untersuchung durch das Labor darf erst erfolgen, wenn die Indikationsstellung geprüft und beurteilt werden kann. Dafür sind vollständige Angaben erforderlich:

**A Tumormaterial liegt vor.**

Tumormaterial des o. g. Patienten (w/m) oder eines betroffenen Familienmitgliedes liegt vor.

Verwandtschaftsgrad:

Voruntersuchungen an dem Tumormaterial sind bereits entsprechend den EBM-Anforderungen erfolgt und ergaben folgende Ergebnisse:

- Mikrosatelliteninstabilität liegt vor.
- Immunhistochemie auffällig mit Ausfall/Expressionsminderung von  MLH1  PMS2  MSH2  MSH6  EPCAM

**B Tumormaterial liegt nicht mehr vor.**

Tumormaterial des o. g. Patienten (w/m) oder eines betroffenen Familienmitgliedes liegt nicht mehr vor. Eine Untersuchung der Mikrosatelliteninstabilität oder Immunhistochemie an Tumormaterial war nach unserer Kenntnis nicht erfolgt. Es besteht jedoch ein hohes Risiko für ein HNPCC. In der Familie sind die **Amsterdam II**-Kriterien gegeben. Alle der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:

- Vorangegangener Ausschluss einer Familiären adenoma tösen Polyposis (FAP)
- Mindestens drei Familienangehörige erkrankten an einem HNPCC-assoziierten Karzinom, wovon einer Verwandter ersten Grades der beiden anderen ist.
- Erkrankungen in mindestens zwei aufeinander folgenden Generationen.
- Mindestens ein Patient mit der Diagnose eines Karzinoms ist jünger als 50 Jahre. Aufgrund der bekannten Daten ist für den o. g. Patienten (w/m) von einer Wahrscheinlichkeit für eine Anlageträgerschaft von etwa  % und von einem Lebenszeitrisko für einen (weiteren) Erkrankungseintritt von etwa  % auszugehen.

**C Bereits erfolgte genetische Untersuchungen der Keimbahn-Mutationen in der Familie**

Gen:

Mutation:

Verwandtschaftsgrad: